



29 de marzo de 2019

JANE DOE
MAIN ST
CONCORD NH 03301

Aviso importante acerca de sus beneficios. Por favor llame a la Oficina del Distrito si tiene alguna duda o pregunta. También puede solicitar servicios gratuitos de un intérprete.

¡IMPORTANTE! Lea toda esta carta sobre los requisitos de Participación comunitaria del Programa de Atención Médica Granite Advantage. Si necesita ayuda para leer o entender esta carta, comuníquese con la Línea de Servicio de atención al cliente del Departamento de Salud y Servicios Humanos al **1-844-275-3447 (1-844-ASK DHHS)**.

Recientemente, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) le envió una carta para explicarle el requisito de Participación comunitaria en el marco del Programa de Atención Médica Granite Advantage e indicarle que su estado de participación es obligatorio. Como estará enterado, las personas que tienen cobertura de Medicaid a través de Granite Advantage normalmente deben llevar a cabo 100 horas de actividades de Participación comunitaria cada mes para mantener la cobertura médica, salvo que estén exoneradas.

Usted nos comunicó previamente que es una Persona débil por razones médicas. Para estar exonerado del requisito de Participación comunitaria por razones de debilidad médica, debe facilitar documentación de un profesional médico autorizado donde conste su debilidad. **Esta carta es un recordatorio amable de que aún no hemos recibido su formulario de debilidad por razones médicas firmado por un profesional médico autorizado.**

En consecuencia, su Estado de Participación continúa siendo obligatorio, a menos que recibamos el formulario de debilidad por razones médicas firmado. Le instamos a que complete el formulario de autorización adjunto y pida a un profesional médico autorizado que firme la certificación de su debilidad por razones médicas.

Tenga en cuenta que necesitamos recibir el formulario de debilidad por razones médicas completo antes del 1 de junio de 2019 para poder exonerarlo del requisito de Participación comunitaria. También podrá enviarnos el formulario luego del 1 de junio de 2019. Sin embargo, su estado será obligatorio hasta que recibamos el formulario de debilidad por razones médicas. Si no cumple el requisito de horas y no está exonerado, su elegibilidad para Medicaid podría suspenderse después de dos meses consecutivos de incumplimiento.

ESTADO DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Estado de participación	Fecha de inicio de la participación	Horas mensuales		
		Obligatorias	Actuales	Necesarias
Obligatorio	06/01/2019	100	0	100

N.º RID 8809092091
Identificación : AE0151

Teléfono: (603) 271-9700 o (844) 275-3447 (solo NH)
Acceso TDD: (800) 735-2964 (solo NH)

Si su Estado de Participación continúa siendo obligatorio, debe cumplir 100 horas de actividades de Participación comunitaria por mes. Puede declarar horas durante todo el mes, pero debe declarar todas las horas antes del 7º día del mes siguiente. Por ejemplo, si la fecha de inicio de su Participación es el 1 de junio de 2019, debe declarar 100 horas de actividades realizadas entre el 1 de junio de 2019 y el 30 de junio de 2019 antes del 7 de julio de 2019.

Cómo saber más sobre la Participación comunitaria

Para conocer más sobre la Participación comunitaria, visite <https://nheasy.nh.gov/#/granite-advantage> o llame al Servicio de atención al cliente al 1-844-275-3447 (1-844-ASK DHHS).

La mejor manera de gestionar su Participación comunitaria es a través de NH EASY

Para crear su cuenta, diríjase a NH EASY ingresando la siguiente dirección URL en su navegador de Internet: <https://nheasy.nh.gov>. Este es su **PIN (número de identificación personal) de NH EASY: Q9842**. Guárdelo en un lugar seguro donde nadie más pueda verlo.

Acceda a su información de Participación comunitaria las 24 horas del día, los 7 días de la semana, llamando al Servicio de atención al cliente y seleccionando la opción Granite Advantage en el menú de Autoservicio. Este es su **PIN Temporal de Autoservicio: 4721**.

Su derecho a recibir una modificación razonable

Si tiene una discapacidad que afecta su capacidad de cumplir con el requisito de Participación comunitaria, tiene derecho a una modificación razonable de los requisitos del programa para poder participar. Podemos ayudarlo con la solicitud de exoneración o de motivo justificado, a obtener información sobre la apelación de una suspensión o la desafiliación, la declaración de sus horas de Participación comunitaria, y la lectura de nuestras cartas y las normas del programa. Si no puede cumplir con parte o con la totalidad de las 100 horas debido a su discapacidad, podemos reducir la cantidad de horas que debe cumplir, o si califica para una exoneración, podemos exonerarlo totalmente del requisito de Participación comunitaria.

Nos complace ofrecerle servicios adicionales, tales como asistencia para entender el programa Granite Advantage. Algunos ejemplos de lo que podemos explicar comprenden, entre otros, cartas del departamento, requisitos de elegibilidad, requisitos de exoneración, cómo solicitar una exoneración conforme a ADA (Ley para Estadounidenses con Discapacidades), beneficios del programa, cómo determinar la elegibilidad, y cómo cumplir y declarar actividades de Participación comunitaria para mantener la elegibilidad.



Certificación del profesional médico autorizado de la debilidad por razones médicas
Programa de Atención Médica Granite Advantage

Esta certificación debe ser completada por un profesional médico autorizado que esté calificado para evaluar al beneficiario por "debilidad por razones médicas". Esta certificación se utilizará para fundamentar la decisión de que el beneficiario es una persona débil por razones médicas y queda exonerado del requisito de participación comunitaria para el Programa de Atención Médica Granite Advantage (Granite Advantage).

El beneficiario **DEBE** enviar al Departamento este formulario junto con una copia del Formulario BFA 320A Autorización del beneficiario para que un profesional médico autorizado divulgue información médica protegida. Estos formularios podrán enviarse por correo (a la dirección indicada anteriormente), por fax al 603-271-5623, a través de NH EASY, o entregarse en una oficina del distrito local. Estos formularios pueden presentarse a través de NH EASY, iniciando sesión en nheasy.nh.gov, accediendo a la página de Participación comunitaria (Community Engagement) de Granite Advantage y cargando los formularios. El beneficiario podrá enviar los formularios a NH EASY o entregarlos directamente en la oficina del distrito **únicamente** si el profesional médico autorizado ha certificado que el beneficiario es una persona débil por razones médicas.

Una "persona débil por razones médicas" significa un beneficiario, tal como se define en 42 CFR 440.315 (f) (art. 440.315 (f), título 42 del Código de Reglamentos Federales), con un trastorno mental incapacitante, un trastorno crónico relacionado con el consumo de sustancias, un problema de salud grave y complejo, o una discapacidad física, intelectual o del desarrollo que le afecta de manera significativa la capacidad para llevar a cabo una o más actividades de la vida diaria, conforme a la certificación efectuada por un profesional médico.

Parte I. Información del miembro (en letra de imprenta) N.º de Identificación de Medicaid: 88090920917

Nombre: Jane Doe		
Dirección del domicilio (si es una persona en situación de calle escriba N/A):		Ciudad, estado, código postal:
Fecha de nacimiento: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Género: M F	N.º de teléfono:

Parte II. Certificación del profesional médico autorizado

Como profesional médico autorizado que atiende a este beneficiario, por la presente certifico que el beneficiario es una persona débil por razones médicas debido a que sufre una o más de las condiciones identificadas en la Parte III a continuación:

Parte III. Condición causante de debilidad por razones médicas

Marque TODOS los círculos que correspondan en la tabla que mejor definan la condición causante de debilidad por razones médicas del beneficiario:	
Definición	Categoría
Personas con trastornos mentales incapacitantes	<input type="radio"/> Trastorno psicótico <input type="radio"/> Esquizofrenia <input type="radio"/> Trastorno esquizoafectivo

(arriba)

BFA SR 19-03

Personas con trastornos de salud mental incapacitantes (continuación)	<input type="radio"/> Depresión severa <input type="radio"/> Trastorno bipolar <input type="radio"/> Trastorno delirante <input type="radio"/> Trastorno obsesivo compulsivo <input type="radio"/> Otra condición de salud mental especifique _____
Personas con trastornos relacionados con el consumo de sustancias	<input type="radio"/> El beneficiario tiene un diagnóstico de trastorno relacionado con el consumo de sustancias conforme a los criterios de DSM-V*. *DSM-V se refiere a la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría.
Personas con condiciones médicas graves y complejas.	<input type="radio"/> La persona cumple los requisitos para recibir los servicios de un centro de cuidados paliativos, <input type="radio"/> <input type="radio"/> La persona tiene una condición médica grave y compleja Y la condición afecta de manera significativa la capacidad para llevar a cabo una o varias actividades de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés).
Personas con una discapacidad física	<input type="radio"/> La persona tiene una discapacidad física Y la condición afecta de manera significativa la capacidad para llevar a cabo una o varias actividades de la vida diaria (ADL).
Personas con una discapacidad intelectual o del desarrollo	<input type="radio"/> La persona tiene una discapacidad intelectual o del desarrollo tal como se describe a continuación Y la condición afecta de manera significativa la capacidad para llevar a cabo una o varias actividades de la vida diaria (ADL). <ul style="list-style-type: none"> • La discapacidad intelectual se refiere a un funcionamiento intelectual general que está significativamente por debajo del promedio junto con deficiencias en la conducta adaptativa. • La discapacidad del desarrollo se refiere a una discapacidad que puede atribuirse a una discapacidad intelectual, parálisis cerebral, epilepsia, autismo, o una discapacidad de aprendizaje específica (o cualquier otra condición de una persona que se detecte que esté estrechamente relacionada con una discapacidad intelectual en lo que se refiere al funcionamiento intelectual general o impedimento en la conducta adaptativa, o que requiere tratamiento similar al que necesitan las personas con una discapacidad intelectual); que se manifiesta antes de los 22 años de edad y que refleja la necesidad de la persona de una combinación y secuencia de servicios especiales, interdisciplinarios o genéricos, apoyos individualizados u otras formas de asistencia durante toda la vida o por un tiempo prolongado, y que se planifican y coordinan de manera individual.

Anotaciones adicionales del proveedor que incluyen cualquier otra consideración que deba realizarse para respaldar la "debilidad por razones médicas" de esta persona.

Esta certificación es válida hasta (no puede superar el plazo de un año).

Nombre del proveedor (en letra de imprenta):	Fecha:	N.º de contacto: ()
--	--------	----------------------------

Firma del proveedor: _____ N.º NPI (Identificador de Proveedor Nacional):

Autorización del beneficiario para que un profesional médico autorizado divulgue información médica protegida

Programa de Atención Médica Granite Advantage

Este formulario autoriza a un profesional médico autorizado a divulgar al Departamento de Salud y Servicios Humanos (Departamento) la información médica protegida del beneficiario (PHI, por sus siglas en inglés) en relación con la certificación del profesional médico autorizado de que el beneficiario es una persona débil por razones médicas. El beneficiario debe completar este formulario y entregarlo al profesional médico autorizado que completa el Formulario de certificación del profesional médico autorizado de la debilidad por razones médicas.

El beneficiario **DEBE** enviar al Departamento una copia de este formulario junto con una copia del Formulario de certificación del profesional médico autorizado de la debilidad por razones médicas. Estos formularios podrán enviarse al Departamento por correo a la dirección indicada anteriormente, por fax al 603-271-5623, a través de NH EASY, o entregarse en una oficina del distrito local. Estos formularios pueden presentarse a través de NH EASY, iniciando sesión en nheasy.nh.gov, accediendo a la página de Participación comunitaria (Community Engagement) de Granite Advantage y cargando los formularios. El beneficiario podrá cargar los formularios en NH EASY o entregarlos directamente en su oficina de distrito local **únicamente** si el profesional médico autorizado ha certificado que el beneficiario es una persona débil por razones médicas.

Parte I. Información del beneficiario (en letra de imprenta)

Apellido:	Primer nombre, inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Dirección del domicilio (si es una persona en situación de calle escriba N/A):	Ciudad, estado, código postal:	N.º de teléfono: ()

Parte II. Finalidad de la divulgación. La finalidad de la divulgación de la PHI de conformidad con esta autorización es verificar la certificación del profesional médico autorizado de que el beneficiario es una persona débil por razones médicas y que, en consecuencia, el beneficiario está exonerado de los requisitos de Participación comunitaria del Programa de Atención Médica Granite Advantage. Entiendo que, si no autorizo la divulgación de esta información, no podré demostrar que califico para una exoneración con la cumplimentación necesaria del formulario de certificación del profesional médico autorizado de la debilidad por razones médicas.

Marque todo lo que corresponda a continuación:

Por la presente autorizo al profesional médico autorizado que se nombra a continuación a divulgar mi información médica protegida con la finalidad indicada anteriormente:

Nombre del profesional médico: _____
Organización: _____
N.º de teléfono: () -- _____
Dirección: _____

Además, por la presente autorizo las divulgaciones específicas siguientes (escriba sus iniciales en la línea a la que correspondan dichas afirmaciones)

_____ Autorizo específicamente la divulgación de mi historia clínica sobre tratamientos de salud mental.
_____ Autorizo específicamente la divulgación de mis resultados y/o tratamiento de VIH y SIDA.

Autorización del beneficiario para que un profesional médico autorizado divulgue información médica protegida- Programa de Atención Médica Granite Advantage (01/2019) Página 1

_____ Autorizo específicamente la divulgación de mi historia clínica sobre el tratamiento por el consumo de alcohol y/o drogas de conformidad con 42 CFR, Parte 2.

_____ Otro (especifique)_____.

Autorizo que mi información médica protegida se divulgue a las siguientes personas u organizaciones:

Nombre: Gerente del Programa de Atención Médica Granite Advantage

Organización: Departamento de Salud y Servicios Humanos

Dirección: DHHS, Granite Advantage Health Care Program, P.O. Box 3778, Concord, NH 03302-3778
o N.º de fax 603-271-5623

Entiendo que podré revocar esta autorización notificando por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos a la dirección que se indica anteriormente.

Esta autorización vencerá transcurrido un año de la fecha de su firma.

Firma del beneficiario o del representante legal debidamente autorizado

Fecha

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario llame al Servicio de atención al cliente de Medicaid del Departamento al 1- 844-275-3447 (1-844-ASK-DHHS).

BFA SR 19-03

(A)

Autorización del beneficiario para que un profesional médico autorizado divulgue información médica protegida- Programa de Atención Médica Granite Advantage (01/2019) Página 2